

病児保育利用申請書

年 月 日

病児保育受託者 様

(申請者)

住 所 琴浦町

ふりがな

氏 名

印

琴浦町病児保育事業の利用を申請します。

利用料の区分に必要な住民税等の資料を確認されることに同意します。

児 童 名	氏 名	生 年 月 日 (年齢)	性別
	ふりがな	年 月 日 生 (歳 月)	男・女
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
通園施設名	(市・町) () 保育園・こども園 () 小学校 () 年		
かかりつけ 医 療 機 関	() 医院・病院 (科) 主治医 (医師) 電話 () —		

保護者緊急連絡先			
ふりがな 氏 名	続 柄	勤務先 (自宅) 及び電話番号	緊急連絡先 (勤務先) 及び電話番号
第1連絡先		— —	— —
第2連絡先		— —	— —
保育室の利用は	はじめて ・ 2回目以降		
世帯の区分	1 生活保護世帯 2 町民税非課税世帯 3 その他		
※利用料 (事業 受託者記入欄)	病児保育 1, 500円 × 日 = 円		
備 考			

◎ ※印の欄は、記入する必要はありません。裏面も必ず記入してください。

(裏)

*利用するお子さんについてお書きください。(該当するところに○をしてください。)

愛 称		平 熱	℃
-----	--	-----	---

予防接種・今までにかかった病気の状況(母子健康手帳を確認しながら記入してください。)

※定期接種、任意接種は生まれた年により変動しています。

予防接種名	かかった病気	接種状況	
BCG	結核	済・未	
※四種混合 (三種混合、ポリオの接種はしない)	ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ	未・1期(1回・2回・3回)・追加1回	
※三種混合 (四種混合の接種はしない)	ジフテリア・百日咳・破傷風	未・1期(1回・2回・3回)・追加1回	
※ポリオ	不活化ワクチン	ポリオ	未・1期(1回・2回・3回)・追加1回
	生ワクチン	ポリオ	未・1回・2回
麻しん・風しん混合	はしか・三日はしか	未・1期・2期	
日本脳炎	日本脳炎	未・1期(1回・2回)・1期追加・2期	
※ヒブワクチン	細菌性髄膜炎	未・1期(1回・2回・3回)・追加1回	
※小児用肺炎球菌	髄膜炎・肺炎	未・1期(1回・2回・3回)・追加1回	
(任意接種)みずぼうそう	有・無	済・未	
(任意接種)おたふくかぜ	有・無	済・未	
(任意接種)インフルエンザ	有・無	済・未	
(任意接種)ロタウイルス	有・無	済・未	
突発性発疹	有・無		
アトピー性皮膚炎	有・無		
喘息、気管支炎	有・無	継続治療中・悪化時のみ	
ひきつけ	有・無	最後の発作: 年 月 日	
障がい等	障がい名: 配慮して欲しいこと:		
有・無			
アレルギー	病名及び原因となるもの 食事制限を受けているもの(卵・牛乳・小麦・その他) 薬物アレルギー (有・無)		
有・無			
排泄	・自分で出来る ・オムツ ・トレーニング中(言える・言えない)		
睡眠時の姿勢	・うつ伏せ寝 ・仰向け寝 ・寝るときの癖()		
入院したこと	(病名: いつ: 歳 ヶ月)		
有・無	(病名: いつ: 歳 ヶ月)		
その他	脱臼の有無、くせ等心配なこと		